

Internes Qualitätsmanagement für geriatriespezifische Einrichtungen



## **Auditcheckliste**

**Qualitätssiegel Geriatrie  
für Rehabilitationseinrichtungen  
gemäß der  
QM-Vereinbarung zum internen  
Qualitätsmanagement nach  
§ 37 Abs. 3 SGB IX**

**(„Qualitätssiegel Geriatrie Reha  
nach BAR-Anforderungen“)**

**Ausgabe Oktober 2025**



BUNDESVERBAND  
GERIATRIE

## **Präambel**

Nicht zuletzt durch die demografische Entwicklung steigt die Bedeutung der geriatriespezifischen Versorgung. Gerade bei der Versorgung der betagten, in der Regel multimorbidien und von Gebrechlichkeit, d. h. Frailty, bedrohten Menschen kommt der Qualität der Versorgung eine entscheidende Rolle zu.

Bereits im Jahr 2010 hat der Bundesverband Geriatrie e.V. (BV Geriatrie) als Spitzenverband im Gesundheitswesen gemeinsam mit den geriatrischen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. – DGG sowie Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. – DGGG) das Zertifizierungsverfahren „Qualitätssiegel Geriatrie“ entwickelt. Das Fachzertifikat soll allen qualitätsorientierten geriatriespezifischen Versorgungseinrichtungen als Nachweis ihrer hohen Versorgungsqualität dienen und die Transparenz im Gesundheitswesen fördern. Das Qualitätssiegel Geriatrie ist dabei auf die Qualitätssicherung der geriatriespezifischen Einrichtungen ausgerichtet und soll der Versorgungsqualität und damit dem Wohl und der Lebensqualität geriatrischer Patientinnen und Patienten bzw. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dienen. Da die geriatriespezifische Versorgung in Deutschland sowohl im Krankenhaus als auch im Rehabilitationsbereich erfolgt, gibt es das Qualitätssiegel Geriatrie in verschiedenen Ausprägungen, speziell für die verschiedenen Versorgungsbereiche.

Die Vorgaben der vorliegenden Auditcheckliste zum Qualitätssiegel Geriatrie beinhalten auch die Anforderungen der QM-Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 3 SGB IX in der im Jahre 2025 veröffentlichten Fassung. Es ist daher ein von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) anerkanntes Verfahren, mit dem die Rehabilitationseinrichtungen ihre gesetzliche Pflicht zur Zertifizierung rechtsverbindlich nachweisen können.

Seit April 2022 arbeitet der BV Geriatrie mit der Geri-Zert GmbH als Zertifizierungspartner zusammen, die mit ihren Fachexpertinnen und Fachexperten die Umsetzung des Zertifizierungsverfahrens in den Einrichtungen überprüft. Die Geri-Zert konzentriert ihre Tätigkeit vollumfänglich auf die qualitative Prüfung von geriatriespezifischen Einrichtungen und hat daher wie keine andere Zertifizierungsstelle eine entsprechende fachliche Kompetenz in diesem Versorgungsbereich. Sie ist damit verlässlicher Partner der Geriatrinnen in Deutschland.

Mit der jetzt vorliegenden Fassung der Auditcheckliste wurden die im Jahre 2025 modifizierten Anforderungen der QM-Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 3 SGB IX in die Checkliste eingearbeitet. Zudem wurden die in den letzten Jahren mit dem Zertifizierungsverfahren gewonnenen praktischen Erfahrungen sowie die Ergebnisse aktueller Entwicklungen in der geriatrischen Rehabilitation aufgegriffen. Somit liegt eine aktualisierte Auditcheckliste vor, die den aktuellen fachlich-inhaltlichen sowie rechtlichen Vorgaben entspricht und gleichzeitig weiterhin einen hohen Bezug zur Versorgungspraxis aufweist. Die Auditcheckliste bildet damit auch für die kommenden Jahre einen wichtigen Baustein für die qualitätsorientierte Gestaltung der geriatriespezifischen Versorgung in Deutschland.

Dirk van den Heuvel  
Geschäftsführer des Bundesverbandes Geriatrie

## Inhalt

<b>1. Strukturqualität .....</b>	5
1.1 Grundlage der Organisation	
1.1.1 Leitbild .....	5
1.1.2 Aufbau der Organisation / Aufgaben und Verantwortlichkeit .....	5
1.1.3 Qualitätsmanagementsystem und seine Prozesse .....	5
1.1.4 Führung .....	5
1.1.5 Qualitätsziele und Planung .....	5
1.1.6 Interne und externe Kommunikationsstrukturen .....	5
1.1.7 Dokumente .....	6
1.1.8 Umgang mit Rehabilitandendaten und rehabilitandenbezogenen Dokumenten .....	6
1.1.9 Kooperationen .....	7
1.1.10 Patientenorientierung bzw. Rehabilitandenorientierung .....	7
1.1.11 Einrichtungskonzept .....	7
1.1.12 Rehabilitationskonzept .....	8
1.1.13 Beauftragte der obersten Leitung (QMB) .....	9
1.2 Ressourcenmanagement .....	9
1.2.1 Bereitstellung der Ressourcen .....	9
1.2.2 Infrastruktur der geriatriespezifischen Einrichtung .....	10
1.2.2.1 Räumliche Ausstattung .....	10
1.2.2.2 Rehabilitandenzimmer .....	12
1.2.3 Berufsspezifische Infrastruktur .....	13
1.2.3.1 Ärztlicher Dienst .....	13
1.2.3.2 Pflegerischer Dienst .....	14
1.2.3.3 Physiotherapie/Physikalische Therapie .....	14
1.2.3.4 Ergotherapie .....	15
1.2.3.5 Stimm-, Sprech-, Sprach-, und Schlucktherapie .....	15
1.2.3.6 Sozialdienst .....	15
1.2.3.7 Psychologischer Dienst .....	16
1.2.4 Multiprofessionelles Team der Geriatrie / Kompetenzen .....	16
<b>2. Prozessqualität .....</b>	19
2.1 Personal(bedarfs)planung und – einsatz .....	19
2.1.1 Einarbeitung neuer Mitarbeiter .....	20
2.1.2 Fort- und Weiterbildung / Personalentwicklung .....	20
2.1.3 <b>Wissenssicherung und -weitergabe .....</b>	21
2.2 Prozess der Leistungserbringung .....	21
2.2.1 Rehabilitandenbezogene Prozesse .....	21
2.2.1.1 Aufnahme .....	22
2.2.1.2 Ersteinschätzung bei Aufnahme .....	22
2.2.1.3 Diagnostik .....	23
2.2.1.4 Therapie .....	23
2.2.2 Kommunikation mit Rehabilitanden .....	23
2.2.2.1 Information und Aufklärung von Rehabilitanden und ggf. Angehörigen sowie deren Integration in den Rehabilitationsprozess .....	23
2.2.3 Rehabilitationsprozess .....	24
2.2.3.1 Planung und Festlegung des Rehabilitationsprozesses .....	24
2.2.3.2 Umfassende Behandlung des Rehabilitanden .....	25
2.2.3.2.1 Berufsübergreifende Anforderungen .....	26
2.2.3.2.2 Ärztlicher Dienst .....	26
2.2.3.2.3 Pflegerischer Dienst .....	27
2.2.3.2.4 Physiotherapie/Physikalische Therapie .....	27
2.2.3.2.5 Ergotherapie .....	27

2.2.3.2.6	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.....	28
2.2.3.2.7	Sozialdienst .....	28
2.2.3.2.8	Psychologischer Dienst .....	28
2.2.3.2.9	Seelsorge .....	29
2.2.3.2.10	Ernährungsberatung.....	29
2.2.3.3	Visiten .....	29
2.2.3.4	Entlassung und Verlegung .....	29
2.2.3.5	Umgang mit Sterben und Tod.....	29
2.2.3.6	Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln .....	30
2.2.3.7	Konsile .....	30
2.2.3.8	Dokumentation von Rehabilitanden.....	30
2.2.3.9	Eigentum der Rehabilitanden, Angehörigen oder Externen .....	31
2.2.3.10	Notfallmanagement .....	31
2.2.4	<b>Gewährleistung vom Gewaltschutz</b> .....	31
2.2.5	<b>Risiko- und Chancenmanagement</b> .....	32
<b>3.</b>	<b>Ergebnisqualität/Bewertung der Leistung</b> .....	32
3.1	Überwachung und Messung der Leistung.....	32
3.2	Ergebnisqualität in der Behandlung von Rehabilitanden .....	32
3.3	Umgang mit Fehlern.....	33
3.4	Korrekturmaßnahmen.....	33
3.5	Umgang mit Rückmeldungen.....	33
3.6	Datenanalyse.....	34
3.7	Interne und externe Maßnahmen zur Qualitätssicherung.....	34
3.8	Ergebnisreflexion .....	35
<b>4.</b>	<b>Verbesserung</b> .....	35

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
<b>1.</b>		<b>Strukturqualität</b>		
<b>1.1.</b>		<b>Grundlage der Organisation</b>		
<b>1.1.1</b>		<b>Leitbild</b>		
	a)	Ein teilhabeorientiertes Leitbild liegt vor.		1.1
	b)	Das Leitbild ist mit Einbindung der Mitarbeiter schriftlich festgelegt, wird regelmäßig überprüft, ggf. angepasst und in der Einrichtung sowie nach außen transparent dargestellt.		1.2 1.3 1.4 1.5 1.6
<b>1.1.2</b>		<b>Aufbau der Organisation / Aufgaben und Verantwortlichkeiten</b>		
	a)	Die Aufbauorganisation der Geriatrie ist anhand eines Organigramms verständlich und transparent dargestellt.		5.1.3
	b)	Befugnisse, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sind geregelt, durchgesetzt und bekanntgemacht worden.		4.1.2 5.1.1 5.1.2
<b>1.1.3</b>		<b>Qualitätsmanagementsystem und seine Prozesse</b>		
	a)	Die geriatriespezifische Einrichtung stellt aus ihrer Sicht die für das Qualitätsmanagementsystem erforderlichen Prozesse fest, verwirklicht, aufrechterhält, bewertet und verbessert sie kontinuierlich, <b>sodass der Prozess des PDCA-Zyklus nachvollziehbar verankert ist.</b>		9.2
<b>1.1.4</b>		<b>Führung</b>		
	a)	Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Führung der geriatriespezifischen Einheit sind im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagementsystem festgelegt.		4.1.1
	b)	Die Führung übernimmt Rechenschaft für die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems im Bereich der Geriatrie.		
<b>1.1.5</b>		<b>Qualitätsziele und Planung</b>		
	a)	Für alle relevanten Bereiche und Prozesse, <b>die (mit-)verantwortlich für die Erfüllung der angebotenen Leistungen der geriatrischen Einheit sind</b> , werden messbare Qualitätsziele sowie für deren Erreichung die erforderlichen Maßnahmen festgelegt.		4.1.2 9.2 5.3.1
	b)	Die Erreichung der Qualitätsziele wird dokumentiert, evaluiert, aktualisiert, ggf. neu definiert und den Mitarbeitenden transparent gemacht.		5.3.2 8.6
	c)	<b>Die Führung/Leitung stellt die erforderlichen Ressourcen für eine strukturierte Zielplanung und Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen zur Erreichung der Qualitätsziele zur Verfügung.</b>		4.1.3
<b>1.1.6</b>		<b>Interne und externe Kommunikationsstrukturen</b>		

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
	a)	Die Kommunikationsstrukturen werden durch die Einrichtungsleitung vorgegeben und <b>berücksichtigen z. B. folgende Aspekte:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rahmenbedingungen/Zyklus</li> <li>• Verantwortungen, Aufgabenverteilung und Beschlussfassung</li> <li>• Dokumentation (z. B. Tagesordnung, Protokolle)</li> </ul>	z. B. Leitungsgremien, Kommissionen, (Fall-) Besprechungen, Visiten, Dienstübergaben, Kommunikationsmatrix, über Intranet, Aushänge, Rundschreiben bzw. protokollierte Qualitätszirkel etc.	5.5.1
	b)	Die geriatriespezifische Einrichtung verfügt über festgelegte Informations- und Partizipationsinstrumente, um die Einbeziehung der Mitarbeiter aller Bereiche und Berufsgruppen in das Qualitätsmanagement sicherzustellen.		5.5.2
	c)	Es finden regelmäßige Konferenzen der Mitglieder der Einrichtungsleitung sowie der Einrichtungsleitung mit den nachgeordneten Ebenen und Besprechungen innerhalb der einzelnen Berufsgruppen statt.		12.1 12.2
	d)	Die Umsetzung von vereinbarten Aufgaben und Beschlüssen werden geprüft und sichergestellt.		
	e)	Es ist geregelt, wie Informationen an Mitarbeiter, die nicht an Besprechungen teilgenommen haben, weitergeleitet werden.		
	f)	Geeignete Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit und zur externen Kommunikation sind geregelt und umgesetzt.	mögliche Maßnahmen: Internetauftritt bzw. Erscheinungsbild, Einrichtungsprospekt, Ansprechpersonen, Qualitätsbericht, Teilnahme an Fachkongressen, Mitgliedschaft in Fachgesellschaften, Kommunikation mit Leistungsträgern, Kommunikation mit anderen Verbänden, Freigabe von Dokumenten	1.5 2.7
<b>1.1.7</b>		<b>Dokumente</b>		
	a)	Die Erstellung, Aktualisierung und Lenkung der Dokumente in der geriatriespezifischen Einrichtung sind klar geregelt.		5.2.1
<b>1.1.8</b>		<b>Umgang mit Rehabilitandendaten und rehabilitandenbezogenen Dokumenten</b>		
	a)	Regelungen (ggf. in schriftlicher oder elektronischer Form) <b>und Verantwortlichkeiten</b> der geriatriespezifischen Einrichtung für die Führung der Rehabilitandendokumentation inklusive der (digitalen) Archivierung sind vorhanden.		5.2.5
	b)	Es ist gewährleistet, dass alle für die Rehabilitation bzw. Betreuung des Rehabilitanden relevanten Informationen zum Zeitpunkt des Übergangs des Rehabilitanden in einen anderen Versorgungsbereich (auch weiterbetreuende Einrichtungen) vorhanden sind.		6.6 6.1
	c)	Die Vorgaben des Datenschutzes werden <b>auf Basis entsprechender Vorgaben oder eines Datensicherheitskonzeptes</b> in der geriatriespezifischen Einrichtung regelhaft umgesetzt.		

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
	d)	Die Vorgaben der Vereinbarung zum Entlassmanagement werden regelhaft umgesetzt.		
<b>1.1.9</b>		<b>Kooperationen</b>		
	a)	Die geriatriespezifische Einrichtung kooperiert mit den anderen an der Versorgung der Rehabilitanden Beteiligten (z. B. Hausärzte, Akutkliniken, Pflegedienste, Selbsthilfegruppen).		6.4
	b)	Die Organisation, Ziele und Formen der Kooperationen sind beschrieben und geregelt, die Ansprechpartner sind benannt.		
<b>1.1.10</b>		<b>Patientenorientierung bzw. Rehabilitanden-orientierung</b>		
	a)	<p>Die Besonderheiten der geriatrischen Rehabilitanden bestehen im häufigen Zusammentreffen von somatischen, psycho-sozialen und geistigen Beeinträchtigungen. Die daraus resultierenden komplexen Rehabilitationsziele sowie die Förderung von selbstbestimmtem Leben und die Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sind integrale Elemente von Qualität. Deshalb werden sie bei der Organisation und dem Ablauf der Rehabilitation systematisch berücksichtigt.</p> <p>Während der Rehabilitation werden u. a. folgende Aspekte der Rehabilitandenorientierung berücksichtigt:</p> <p>Rehabilitandeninformationen und -beratung: Rehabilitanden und ggf. ihre Angehörigen erhalten in verständlicher Form und Sprache Informationen und Beratung über die Rehabilitation und die weitere Versorgung (Nachsorge).</p>		6.1
	b)	Gemeinsame Entscheidungsfindung: Rehabilitandenautonomie als Element des Behandlungserfolges und eine Voraussetzung für die nachhaltige Wirksamkeit von Rehabilitation wird systematisch beachtet und gestärkt.		6.2 6.4
	c)	Rehabilitandensicherheit: Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements. Implementierung der Patientensicherheitsinhalte in die Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitern des multiprofessionellen Teams der Geriatrie.		10.1 11.1
<b>1.1.11</b>		<b>Einrichtungskonzept</b>	<b>Das Einrichtungskonzept und das Rehabilitationskonzept können gemeinsam in einem Dokument dargestellt werden, sofern alle inhaltlichen Anforderungen an beide Konzepte vollständig und nachvollziehbar abgedeckt sind.</b>	

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
	a)	<p>Ein verbindliches und schriftlich ausgearbeitetes Einrichtungskonzept der geriatriespezifischen Einrichtung liegt vor und umfasst folgende Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trägerstruktur und Rahmenbedingungen</li> <li>• <b>Organisationsstrukturen und den sich daraus ergebenden Prozesse</b></li> <li>• Darstellung des gesamten Leistungsspektrums zur Rehabilitation und Teilhabe mit der Benennung der Indikationen und relevanter Kontraindikationen</li> <li>• relevante Rahmenvorgaben der Leistungsträger (z. B. <b>Gemeinsame Empfehlungen nach SGB IX, v.a. GE Reha Prozess</b>, Anwendung der Reha-Richtlinie des G-BA, <b>Rahmenempfehlungen nach § 111 Abs. 7 SGB V</b>)</li> <li>• Berücksichtigung von anerkannten medizinischen Erkenntnissen und des fachwissenschaftlichen Diskussionsstandes</li> <li>• Geriatrisches Team</li> <li>• Teambesprechungen</li> <li>• Raum- und Ausstattungskonzept</li> <li>• <b>Aspekte der Barrierefreiheit</b></li> <li>• <b>Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement</b></li> </ul>		2.5 2.6 2.1 2.2 2.3 2.4
	b)	Das Einrichtungskonzept ist mit dem federführenden Rehabilitationsträger abgestimmt, wird regelmäßig überprüft und bei Bedarf aktualisiert.		2.3 2.8
	c)	Das Einrichtungskonzept wird gegenüber allen interessierten Parteien (Mitarbeiter, Leistungsträger, etc.) zielgruppenspezifisch kommuniziert.		2.7
<b>1.1.12</b>		<b>Rehabilitationskonzept</b>	<b>Das Einrichtungskonzept und das Rehabilitationskonzept können gemeinsam in einem Dokument dargestellt werden, sofern alle inhaltlichen Anforderungen an beide Konzepte vollständig und nachvollziehbar abgedeckt sind.</b>	
	a)	Das Rehabilitationskonzept ist schriftlich dargelegt und dabei geriatriespezifisch sowie funktions- und fähigkeitsorientiert im Sinne der ICF und Teilhabezielsetzung ausgerichtet.		3.1 3.4 3.5
	b)	Im Rehabilitationskonzept werden indikationsspezifisch die Rehabilitationsleistungen und die damit im Zusammenhang stehenden Leistungen beschrieben.		3.2
	c)	Das Rehabilitationskonzept umfasst in einzelnen Fällen auch die Möglichkeit der Durchführung von diagnostisch-therapeutischen Hausbesuchen, sofern hierzu besondere Gründe vorliegen.		
	d)	Die Verantwortlichkeiten zur Erstellung, Prüfung und Freigabe der Rehabilitationskonzepte sind schriftlich festgelegt.		3.1
	e)	Das Rehabilitationskonzept ist in der geriatriespezifischen Einrichtung und nach außen transparent		3.2 3.7

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
		und wird regelmäßig aktualisiert und hinsichtlich neuer Anforderungen überprüft und ggf. angepasst.		
	f)	In dem Rehabilitationskonzept werden indikationsbezogene Rehabilitationsziele benannt und Aussagen zur Ressourcen- und Ergebnisorientierung gemacht.		3.2
	g)	Das Rehabilitationskonzept wird zielgruppenspezifisch allen Beteiligten in geeigneter Art und Weise vermittelt.		3.2
	h)	Das Rehabilitationskonzept berücksichtigt einen interdisziplinären Rehabilitationsansatz.		3.3
	i)	Das Rehabilitationskonzept basiert auf dem bio-psycho-sozialen Modell sowie der ICF und setzen die im SGB IX enthaltenen Anforderungen an die Teilhabe um.		3.4
	j)	Im Konzept ist verankert, dass das Erreichen der Reha- bzw. Therapieziele regelhaft und in geeigneter Form überprüft wird.		3.6
<b>1.1.13</b>		<b>Beauftragter der obersten Leitung (QMB)</b>		
	a)	Ein QMB ist namentlich benannt, der für den Aufbau, die Betreuung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems und die regelmäßige Berichterstattung, u. a. an die Leitung der geriatriespezifischen Einrichtung, zuständig ist.		4.2.1 5.4.1
	b)	Der QMB verfügt über ausreichende Qualifikation, Kenntnisse und Erfahrungen zur effektiven Wahrnehmung der Aufgaben und stellt in der Einrichtung eine kontinuierliche Fortbildung sicher.		4.2.2 5.4.2
	c)	Der QMB erhält die zur Wahrnehmung seiner Aufgaben erforderlichen zeitlichen und materiellen Ressourcen.		4.2.1 4.1.3
	d)	Die Aufgaben und Befugnisse des QMB sind allen Beteiligten (in geeigneter Form) transparent dargelegt.		4.2.5
	e)	Es gibt Regelungen zur Erfassung und Überprüfung des für das Qualitätsmanagement erforderlichen Zeitbedarfes. Durch die Einrichtung wird die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen nachgewiesen.		4.2.3 5.4.3
	f)	Für den QMB liegen eine Aufgabenbeschreibung und eine schriftliche Ernennung inkl. der Befugnisse vor.		4.2.4
<b>1.2</b>		<b>Ressourcenmanagement</b>		
<b>1.2.1</b>		<b>Bereitstellung von Ressourcen</b>		
	a)	Die geriatriespezifische Einrichtung/Einheit verfügt über erforderliche Ressourcen, um das Leistungsangebot zu erfüllen, aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln.  <b>Dies betrifft insbesondere Infrastruktur, Personal, Prozessumgebung und unterstützende Dienstleistungen.</b>		4.1.3

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
<b>1.2.2</b>		<b>Infrastruktur der geriatriespezifischen Einrichtung</b>		
	a)	Die Strukturen der geriatriespezifischen Einrichtung sind hinreichend als selbständig von den anderen Strukturen des Gesamthauses abgegrenzt, <b>das heißt sie muss eine zusammenhängende Bettenstruktur aufweisen, sowie räumlich gegenüber anderen fachlichen Einheiten abgegrenzt sein.</b>		
	b)	Es werden alle <b>für die geriatrische Einheit</b> relevanten gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben sowie die Richtlinien zur Gewährleistung einer sicheren Infrastruktur und Prozessumgebung erfüllt <b>und es müssen geeignete dokumentierte Informationen vorliegen.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeits- und Brandschutz</li> <li>• Hygienerichtlinien und Umgang mit Infektionen</li> <li>• Regelungen zur Überwachung von Medizinprodukten, u. a. Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)</li> <li>• Datenschutz</li> </ul>	5.2.2 9.4
<b>1.2.2.1</b>		<b>Räumliche Ausstattung</b>		
	a)	Die Bettenzahl ist ausreichend zur Bildung eines eigenständigen multiprofessionellen Teams der Geriatrie, d. h. mind. 20 Betten.	<p>Die Mindestbettenzahl kann auch dadurch erreicht werden, wenn Akut- und Reha-Geriatrie integrativ erfolgen und dadurch sichergestellt ist, dass ein eigenständiges geriatriespezifisches Team dauerhaft vorgehalten werden kann.</p> <p>In diesem Fall muss einer der beiden Bereiche mindestens 20 Betten vorhalten und zusammen müssen mindestens 35 Betten vorhanden sein.</p>	
	b)	Es gibt einen barrierefreien Zugang gemäß BGG § 4 zur geriatriespezifischen Einrichtung sowie zu allen rehabilitandengebundenen Räumlichkeiten, bzw. werden die jeweiligen landesrechtlichen Bestimmungen berücksichtigt.		
	c)	Der Zugang zur geriatriespezifischen Einrichtung verfügt über eine automatisch öffnende Tür von mind. 90 cm Breite.		
	d)	Die Verkehrsfläche der geriatriespezifischen Einrichtung ist insgesamt so dimensioniert, dass diese dem hohen Anteil an Rollstuhlfahrern und dem hohen Einsatz von Rollatoren gerecht wird.		
	e)	Die rehabilitandengebundenen Räumlichkeiten sind weitgehend für Rollstuhlfahrer geeignet, d. h.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchgänge/Wege sind mind. 90 cm breit</li> <li>• die Flurbreite ist ausreichend für zwei Rollstühle dimensioniert, d. h. mind. 180 cm breit</li> <li>• die Bewegungsflächen vor wesentlichen, immobilen Einrichtungsgegenständen sind mind. 150 x 150 cm groß</li> <li>• die Türen sind keine Karussell- oder Rotationstüren</li> <li>• die Schwellen sind nicht höher als 1 cm</li> </ul>		
	f)	Die Flure in den rehabilitandengebundenen Räumlichkeiten sind mind. an einer Seite mit Handläufen ausgestattet.		

Kap.		Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
	g)	Die Treppen sind beidseitig mit Handläufen ausgestattet. Im Bereich der Treppenabsätze und Fensteröffnungen sowie über die letzten Stufen hinaus werden die Handläufe einseitig geführt.		
	h)	Die geriatriespezifische Einrichtung verfügt über einen ausreichend dimensionierten Aufenthalts- und/oder Speiseraum für/Rehabilitanden.  <b>Es müssen mind. 50 % der Rehabilitanden diesen bzw. diese Räume gemeinsam nutzen können (aus dem Einrichtungskonzept können sich Ausnahmen ergeben).</b>		
	i)	Alle von Rehabilitanden genutzten Räumlichkeiten sind mit einer Rufanlage ausgestattet, die jederzeit erreicht werden kann <b>oder es gibt ein funkbasiertes „mobiles“ Rufsystem, welches vom Rehabilitanden am Körper getragen wird.</b>		
	j)	Ein systematisches, verständliches, aktuelles geriatriespezifisches Wegeleitsystem ist eingerichtet, <b>bzw. ein auf die Bedürfnisse geriatrischer Rehabilitanden abgestimmtes Farb- bzw. Orientierungskonzept für die von Rehabilitanden genutzten Räumlichkeiten liegt vor.</b>	<b>Gestaltungselemente können bspw. sein: Verwendung großer, gut leserlicher Schrift, farbliche Gestaltung, Dekoration und Orientierungshilfe durch Bilder</b>	
	k)	Für Rehabilitanden besteht die Möglichkeit, spezifische Räumlichkeiten in der Einrichtung zu nutzen (z. B. zur vertraulichen Kommunikation, Speiseraum, Aufenthaltsraum, Raum der Stille, Cafeteria).		
	l)	Die geriatriespezifische Einrichtung verfügt über mind. einen zusätzlichen Abstellraum (u. a. für Rollstühle, Toilettenstühle, Gehhilfen, Pflegemittel) in ausreichender Größe, <b>sodass Flure und Funktionsräume nicht entsprechend belegt werden.</b>		
	m)	Es existiert ein Raum in dem Teambesprechungen stattfinden können, ohne dass der Routinebetrieb eingeschränkt wird.		
	n)	Die Aufnahmemöglichkeiten für Begleitpersonen sind vorhanden, <b>ggf. auch in Kooperation oder Rooming-in möglich.</b>		
	o)	Ein Raum oder ein Konzept für die würdevolle Abschiednahme von Verstorbenen sind vorhanden.	<b>Die Nutzung muss nicht ausschließlich innerhalb der geriatrischen Einrichtung erfolgen; auch temporäre Umwidmungen von Rehabilitanden-zimmern sind möglich, sofern diese angemessen gestaltet sind.</b>	
	p)	<b>In der geriatriespezifische Einrichtung erfolgt die Unterbringung der Rehabilitanden ausschließlich in Ein- oder Zweibettzimmern.</b>  <b>Es besteht ein Bestandsschutz für Einrichtungen, die vor dem 01.10.2018 errichtet wurden und mindestens seit diesem Datum als geriatrische Einrichtung genutzt werden. Bei diesen Einrichtungen sind bis zu 10 % Mehrbettzimmer zulässig.</b>  <b>Zudem können landesrechtliche Bestimmungen, z. B. in Bezug auf die Fördervorgaben bei Neu- und Umbauten, die Vorgaben zur Anzahl der Ein- und</b>		

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
		Zweibettzimmer einschränken. Sofern sich auf eine solche Vorgabe berufen wird, ist ein entsprechender Nachweis den Auditoren vorzulegen.		
<b>1.2.2.2</b>		<b>Rehabilitandenzimmer</b>		
	a)	Die Rehabilitandenzimmer sind ausreichend dimensioniert, sodass im Zimmer ausreichend Bewegungs- und Abstellfläche für erforderliche Mobilitätshilfen (z. B. Rollstühle, Rollatoren) dauerhaft und uneingeschränkt zur Verfügung steht.		
	b)	Folgende Ausstattungsmerkmale sind vorhanden und erfüllen die nachfolgenden Anforderungen: a) Betten: <ul style="list-style-type: none"><li>• höhenverstellbar, rollbar, mit leicht montierbaren/integrierten und absenkbar den Bettgittern</li><li>• Telefon, Fernseh- und Rundfunkanschluss (im Raum ausreichend)</li><li>• Sauerstoffanschluss bzw. Sauerstoff-/Druckluftgabe/ Sauerstoffkonztrator möglich (auch mobil ausreichend)</li></ul>		
	c)	b) Schrank: <ul style="list-style-type: none"><li>• so dimensioniert, dass ausreichend Alltagskleidung untergebracht werden kann sowie abschließbares Wertfach oder zentrale Verwahrung</li></ul>		
	d)	c) Tische und Stühle: <ul style="list-style-type: none"><li>• besonders stabil und kippsicher, überwiegend Stühle (z. T. mit Armlehnern) und waschbaren bzw. abwaschbaren Sitzbezügen, die den Hygienerichtlinien entsprechen</li></ul>		
	e)	d) Sanitärraum bzw. Nasszelle: <ul style="list-style-type: none"><li>• zu jedem Zimmer gehören ein unmittelbar zugeordneter separater Sanitärraum bzw. eine Nasszelle</li><li>• rutschhemmender Bodenbelag</li><li>• Duschmöglichkeit mit Duschsitz zugänglich vom Pflegepersonal von beiden Seiten bzw. von vorn und von einer Seite, Haltegriffe</li><li>• in den Boden eingelassener Duschabfluss (ohne Schwellenbildung)</li><li>• Toiletten mit Haltegriffen (Empfehlung: wegklappbar)</li><li>• ausreichend große Waschbecken (Empfehlung: 60 cm), rollstuhlfahrbar, Oberkante 80 cm, genügend seitlichen Abstand zur Wand</li><li>• Spiegel über dem Waschbecken, muss im Stehen und Sitzen einsehbar sein</li><li>• im Sanitärraum besteht ausreichend Bewegungsfläche für die ggf. erforderliche Nutzung von Mobilitätshilfen (z. B. Rollstühle, Rollatoren) und/oder die ggf. erforderliche Hilfestellung durch Dritte (z. B. Pflegefachpersonen oder Therapeuten)</li></ul>	Die Duschmöglichkeit kann sich auch außerhalb des Sanitärraums/Rehabilitandenzimmers befinden, muss diesem jedoch eindeutig zugeordnet sein.	

Kap.		Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
		<ul style="list-style-type: none"> <li>die Tür zum Sanitärraum ist für die Nutzung von ggf. erforderlichen Mobilitätshilfen (z. B. Rollstühle, Rollatoren) ausreichend breit</li> </ul>		
	f)	<p>Es besteht ein Bestandsschutz für Einrichtungen, die vor dem 01.10.2018 errichtet wurden und mindestens seit diesem Datum als geriatrische Einrichtung genutzt werden. Für diese gilt abweichend zu der vorangegangenen Aufzählung:</p> <p>Sofern im Sanitärraum bzw. Nasszelle keine ausreichende Bewegungsfläche für die ggf. erforderliche Nutzung von Mobilitätshilfen (z. B. Rollstühle, Rollatoren) und/oder die ggf. erforderliche Hilfestellung durch Dritte (z. B. Pflegefachpersonen oder Therapeuten) besteht, muss auf der Station mindestens ein Sanitärraum gegeben sein, der die oben aufgeführten Bedingungen vollumfänglich erfüllt und keinem einzelnen Rehabilitandenzimmer unmittelbar zugeordnet ist („Stationsbad“).</p>		
<b>1.2.3</b>		<b>Berufsspezifische Infrastruktur</b>		
	a)	Ein Therapiebereich, <b>der Einzel- und Gruppen-therapien ermöglicht</b> , ist der geriatriespezifischen Einrichtung zugeordnet und für Rehabilitanden mit angemessenem Aufwand zu erreichen.		
	b)	Der Raumbedarf des Therapiebereichs, ist an der Anzahl der durchschnittlich belegten Betten ausgerichtet.		
	c)	Für jede Station steht in räumlicher Nähe mind. ein für therapeutische Gruppen angemessen ausgestatteter Therapieraum zur Verfügung, der berufsübergreifend genutzt werden kann.		
	d)	Digitale Dokumentationsmöglichkeiten stehen für alle Berufsgruppen ausreichend zur Verfügung.		
	e)	Die Anzahl der höhenverstellbaren Therapietische und -liegen orientiert sich an der Anzahl der durchschnittlich belegten Betten.		
	f)	Ein ausreichend dimensionierter Raum für Einzelgespräche/Angehörigengespräche steht zur Beratung <b>stationsnah</b> zur Verfügung.		
<b>1.2.3.1</b>		<b>Ärztlicher Dienst</b>		
	a)	Es gibt ein Arztzimmer mit Untersuchungsmöglichkeit oder einen Untersuchungsraum.		
	b)	Die apparativ-technische Ausstattung ist vorhanden oder durch Kooperationen zeitnah verfügbar, um die Diagnostik der Haupt- und Begleitdiagnosen einschließlich der Notfalldiagnostik und -behandlung in der geriatriespezifischen Einrichtung durchführen, abschließen bzw. ergänzen zu können:		

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Labor</li> <li>• Radiologie</li> <li>• Herz-/Kreislauf-Diagnostik</li> <li>• Endoskopie / Schluckdiagnostik</li> <li>• Sonographie</li> <li>• Lungenfunktion</li> <li>• Notfallkoffer-/wagen/-rucksack</li> </ul>		
<b>1.2.3.2</b>		<b>Pflegerischer Dienst</b>		
	a)	Es gibt ein Dienstzimmer für den pflegerischen Dienst.		
	b)	Es gibt einen ausreichend dimensionierten Platz für die Lagerung der Medikamente und <b>zur ungestörten Vorbereitung der Medikamentenvergabe.</b>	ungestört meint hier: baulich ausreichend vom Publikumsverkehr getrennt	
<b>1.2.3.3</b>		<b>Physiotherapie/Physikalische Therapie</b>		
	a)	In den Behandlungsräumen sind die Therapieliegen (möglichst elektronisch) höhenverstellbar und mind. eine Liege ist 120 cm breit.		
	b)	Aus nachfolgenden Möglichkeiten zur Behandlung stehen mind. 50 % zur Verfügung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beinpresse/Abduktorentrainer</li> <li>• Bewegungsschiene für die Mobilisation von Schulter oder Knie</li> <li>• Maschine zum Training der Stützkraft / Arme</li> <li>• Press-Back/Rudermaschine/WS-Extensions-trainer</li> <li>• Seilzug bilateral</li> <li>• Balance Pad zur Gleichgewichts- und Koordinationsschulung</li> <li>• Posturomed zur Gleichgewichts- und Koordinationsschulung</li> <li>• Geräte zur Ausdauerschulung - getrennt in obere und untere Extremität</li> <li>• motorbetriebener Bewegungstrainer</li> <li>• Laufband (mit Gewichtsentlastung)</li> <li>• Laufstrecke mit unterschiedlichen Bodenbelägen, Steigungen und Stufen im Außenbereich</li> <li>• Gehbarren</li> <li>• Stehapparat</li> <li>• Bewegungsbad (ggf. in Kooperation mit externen Partnern)</li> <li>• Spiegel stationär und transportabel zur Visualisierung</li> <li>• Großflächen-Massagegerät</li> <li>• Mobilisationsrollstuhl</li> <li>• Möglichkeiten der Wärmeapplikation</li> <li>• Möglichkeiten zur Kälteapplikation</li> <li>• Schlingentisch</li> <li>• Sprossenwand</li> <li>• Trampolin</li> <li>• Muskelstimulation und TENS</li> <li>• diverse Kleingeräte, die zur Physiotherapieausstattung gehören</li> </ul>		
	c)	Zudem sind aus den sieben nachfolgenden Anforderungen mind. fünf zu erfüllen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ein Gehbarren und/oder ein Stehapparat sind vorhanden</li> </ul>		

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Bedarf ist eine Laufstrecke mit unterschiedlichen Bodenbelägen, Steigungen und Stufen im Außenbereich nutzbar</li> <li>• ein Bewegungsbad (ggf. in Kooperation mit externen Partnern) ist verfügbar</li> <li>• ein Schlingentisch ist verfügbar</li> <li>• ein Ganglabor ist vorhanden</li> <li>• ein Laufband (mit Gewichtsentlastung) ist vorhanden</li> <li>• ein motorbetriebener Bewegungstrainer ist vorhanden</li> </ul>		
	d)	<b>Es gibt im Therapiebereich Kraftgeräte sowie Geräte für Ausdauer- und Gleichgewichtstraining.</b>		
<b>1.2.3.4</b>		<b>Ergotherapie</b>		
	a)	<p>In den Räumen gibt es mind. folgende Möglichkeiten zum alltagsorientierten Training:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Übungsmaterial für Gedächtnistraining</li> <li>• Übungsmaterial zur Verbesserung der Feinmotorik</li> <li>• Übungsmaterial für hauswirtschaftliche Tätigkeiten (z. B. Bügeln, Nähen, Holzbearbeitung)</li> <li>• Möglichkeit zur Speisenherstellung (z. B. Brot schneiden)</li> </ul>		
	b)	Die von der Ergotherapie genutzte Therapieliegen sind höhenverstellbar.	möglichst elektrisch	
	c)	Es gibt mind. einen höhenverstellbaren Therapietisch.		
	d)	<p>Zwei der drei folgenden Möglichkeiten müssen gegeben sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapieküche (<b>Therapieküche muss ein von der Stationsküche abgegrenzter Raum sein</b>)</li> <li>• Übungsbad (Wanne mit Lift zum alltagsorientierten Training)</li> <li>• Armlabor</li> </ul>		
<b>1.2.3.5</b>		<b>Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie</b>		
	a)	Es ist organisatorisch sichergestellt, dass die Diagnostik und die Therapie raumunabhängig in einer ruhigen Umgebung erfolgt.		
	b)	Es stehen mind. ein höhenverstellbarer Therapietisch und ein ausreichend großer Therapiespiegel zur Verfügung.		
	c)	Für Kau- und Schluckbehandlungen ist ein unterfahrbares Waschbecken verfügbar.		
	d)	Eine Absaugmöglichkeit ist auf der geriatrie-spezifischen Einheit unmittelbar für die Therapie verfügbar.		
<b>1.2.3.6</b>		<b>Sozialdienst</b>		
	a)	Gespräche – unter Wahrung der Privatsphäre – sind möglich.		

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
	b)	Es stehen ausreichend dimensionierte Räumlichkeiten mit geeigneter Bürokommunikation für die Sozialarbeit zur Verfügung.		
<b>1.2.3.7</b>		<b>Psychologischer Dienst</b>		
	a)	Organisatorisch ist sichergestellt, dass die Diagnostik und die Therapie raumunabhängig in einer ruhigen Umgebung erfolgt.		
<b>1.2.4</b>		<b>Multiprofessionelles Team der Geriatrie / Kompetenzen</b>	<p>Folgende Hinweise gelten für das gesamte Kapitel 1.2.4:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen, die nicht explizit erwähnt sind, müssen einen eindeutigen Praxisbezug zur Geriatrie aufweisen.</li> <li>• Sofern nicht anders gefordert, müssen alle Fort- und Weiterbildungen entweder mind. 4 Unterrichtseinheiten am Stück oder 8 Unterrichtseinheiten innerhalb von zwei Wochen umfassen.</li> </ul>	
	a)	Zum multiprofessionellen Team der Geriatrie gehören mind. der ärztliche Dienst, Pflegedienst, Physiotherapie/ Physikalische Therapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, psychologischer Dienst und Sozialdienst.		3.3
	b)	Die personelle Kontinuität innerhalb des gesamten multiprofessionellen Teams der Geriatrie ist sichergestellt.		
	c)	Die personelle Kontinuität am Patienten/ Rehabilitanden ist durch das gesamte multiprofessionelle Team der Geriatrie sichergestellt <b>(organisations- und dienstplanbedingte Ausnahmen sind möglich).</b>		
	d)	Die geriatriespezifische Einrichtung wird von einem Facharzt für Innere Medizin, für Neurologie oder für Allgemeinmedizin (für physikalische und rehabilitative Medizin in Rehabilitationseinrichtungen) geleitet, der Geriater ist.	<p>Als Geriater wird ein Arzt bezeichnet, der zusätzlich über eine der Bezeichnungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwerpunkt Geriatrie</li> <li>• Zusatzweiterbildung Geriatrie</li> <li>• fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie</li> </ul> <p>verfügt, bzw. wenn er die Facharztqualifikation Innere Medizin und Geriatrie vorweist.</p>	
	e)	Die ärztliche Leitung ist ein Chefarzt oder ein fachlich-medizinisch weisungsgebundener Facharzt, <b>wobei dies vertraglich festgelegt sein muss.</b>		
	f)	Die ärztliche Leitung ist überwiegend in der geriatriespezifischen Einrichtung tätig.	„überwiegend“ entspricht > 50 % einer Vollzeitarbeitskraft	
	g)	Sofern die geriatriespezifische Einrichtung über mehrere Standorte verfügt, ist an jedem Standort ein Geriater überwiegend ärztlich tätig.		
	h)	Der Stellvertreter der ärztlichen Leitung ist Geriater.		

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
	i)	Sofern die ärztliche Leitung kein Facharzt für Innere Medizin und Geriater ist, muss der Stellvertreter der ärztlichen Leitung Facharzt für Innere Medizin und Geriater sein.		
	j)	Mind. 50 % der fachärztlichen Mitarbeiter verfügen entweder über eine Zusatzweiterbildung Geriatrie oder über geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen im Umfang von 60 Unterrichtseinheiten.	<p>Empfehlenswert für geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen sind neben dem Zercur Geriatrie®-Basislehrgang Themen, die geriatrische Syndrome behandeln, wie z. B.: Immobilität, Instabilität, Polypharmazie, Mangelernährung, Delir, Demenz, Inkontinenz, Wundversorgungsstörungen, Schmerzen.</p> <p>Fortbildungen, die im Rahmen der Fortbildungsordnung der Bundesärztekammer durchgeführt werden müssen (bezogen auf die Vorgaben zum zeitlichen Umfang), können zur Erfüllung des Kriteriums einbezogen werden, sofern diese einen deutlichen geriatriespezifischen Bezug aufweisen.</p>	
	k)	Die Anwesenheit (Bereitschaftsdienst) eines Arztes ist über 24 Stunden sowie 24-stündige Facharztrufbereitschaft sichergestellt.		
	l)	Während der regulären Arbeitszeit ist ein Geriater anwesend.	Der Begriff der „regulären Arbeitszeit“ ist in der Einrichtung zu definieren.	
	m)	Eine Weiterbildungsbefugnis für Geriatrie liegt vor.		
	n)	Die pflegerische Leitung verfügt über eine mindestens zweijährige vollzeitige Berufserfahrung als 3-jährig examinierte Pflegefachperson in einer geriatriespezifischen Einrichtung.	<p>3-jährig examiniert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankenschwester und Krankenpfleger,</li> <li>• Kinderkrankeenschwester und Kinderkrankepfleger,</li> <li>• Gesundheits- und Krankenpfleger/-in,</li> <li>• Gesundheits- und Kinderkrankepfleger/-in,</li> <li>• Altenpfleger/-in,</li> <li>• Pflegefachfrau/-mann</li> </ul>	
	o)	Die Pflegefachpersonenquote der Mitarbeiter, die direkt am Patienten arbeiten, beträgt mindestens 75 %.		
	p)	Für jede geriatriespezifische Einheit steht mind. eine Pflegefachperson mit einer 180-stündigen strukturierten curricularen geriatriespezifischen Zusatzqualifikation zur Verfügung und ist eine entsprechende Vertretung organisiert.	Eine kontinuierliche Anwesenheit einer Pflegefachperson mit dieser Zusatzqualifikation ist nicht erforderlich.	
	q)	Mind. 50 % der Pflegefachpersonen verfügen über geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen im Umfang von mind. 40 Unterrichtseinheiten.	<p>Geriatrerelevante Fort- und Weiterbildungen für die Pflegefachkräfte sind insbesondere: Zercur Geriatrie®-Basislehrgang, Zercur Geriatrie®-Fachweiterbildung Pflege.</p> <p>Darüber hinaus sind Fort- und Weiterbildungen entsprechend den Inhalten der Module der Zercur</p>	

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
			Geriatrie®-Fachweiterbildung Pflege zu empfehlen.	
	r)	Mind. ein Mitarbeiter der Physiotherapie/ Physikalischen Therapie verfügt über eine vollzeitige Berufserfahrung von zwei Jahren im Umgang mit geriatrischen Patienten/Rehabilitanden.	1 Jahr Vollzeit oder einen dementsprechenden Anteil in Teilzeit (gilt für alle folgenden Berufsgruppen).	
	s)	Unter den Physiotherapeuten (inkl. Masseure und med. Bademeister) des multiprofessionellen Teams der Geriatrie befinden sich mind. 50 % der Mitarbeiter (bezogen auf Vollzeitbeschäftigte) mit geriatrierelevanten Fort- bzw. Weiterbildungen im Umfang von mind. 40 Unterrichtseinheiten.	Geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen für die Physiotherapeuten (inkl. Masseure, med. Bademeister) sind insbesondere Zercur Geriatrie®-Basislehrgang sowie u. a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aromatherapie</li> <li>• Basale Stimulation</li> <li>• Bobath-Grundkurs</li> <li>• Cranio-sacrale Therapie</li> <li>• Elektrotherapie</li> <li>• Fussreflexzonenmassage</li> <li>• Integrative Validation</li> <li>• Kinästhetik</li> <li>• Otago-Programm</li> <li>• Sturzpräventionstrainer</li> <li>• MTT</li> <li>• Osteoporosepräventionstrainer</li> <li>• LSVT-BIG</li> <li>• Manuelle Therapie</li> <li>• Narbenbehandlung</li> <li>• Reflektorische Atemtherapie</li> <li>• Manuelle Lymphdrainage</li> <li>• Palliative Care</li> <li>• spezielle Massagetechniken</li> </ul>	
	t)	Mind. ein ergotherapeutischer Mitarbeiter verfügt über eine vollzeitige Berufserfahrung von zwei Jahren im Umgang mit geriatrischen Patienten/Rehabilitanden.		
	u)	In der Ergotherapie verfügen mind. 50 % der im multiprofessionellen Team der Geriatrie eingesetzten Mitarbeiter (bezogen auf Vollzeitbeschäftigte) über geriatrierelevante Fort- bzw. Weiterbildungen im Umfang von mind. 40 Unterrichtseinheiten.	Geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen für die Ergotherapeuten sind insbesondere Zercur Geriatrie®-Basislehrgang sowie u. a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Basale Stimulation</li> <li>• Bobath Grundkurs</li> <li>• Fachergotherapeut Demenz</li> <li>• FOTT Kurs</li> <li>• Handtherapeut</li> <li>• Integrative Validation</li> <li>• Kinästhetik</li> <li>• Palliative Care</li> <li>• Spiegeltherapie</li> <li>• Gedächtnistraining</li> </ul>	
	v)	Mind. ein Mitarbeiter für Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie verfügt über eine (vollzeitige) Berufserfahrung von mind. zwei Jahren im Umgang mit geriatrischen Patienten/Rehabilitanden.  <b>Sofern der Mitarbeiter nicht die geforderte Berufserfahrung von mind. zwei Jahren nachweisen kann, muss diese Person über eine geriatrische Fortbildung verfügen.</b>		
	w)	In der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie verfügen mind. 50 % der im multiprofessionellen Team der Geriatrie eingesetzten Mitarbeiter (bezogen auf Vollzeitbeschäftigte) über geriatrierelevante Fort-	Geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeiter der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sind insbesondere	

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
		bzw. Weiterbildungen im Umfang von mind. 40 Unterrichtseinheiten.	Zercur Geriatrie®-Basislehrgang sowie u. a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Basale Stimulation</li> <li>• FOTT Kurs</li> <li>• Integrative Validation</li> <li>• Kinästhetik</li> <li>• Palliative Care</li> <li>• Trachealkanülenmanagement</li> <li>• Umgang mit Dysphagien</li> <li>• LSVT-LOUD</li> </ul>	
	x)	Mind. ein Mitarbeiter des psychologischen Dienstes verfügt über eine (vollzeitige) Berufserfahrung von mind. zwei Jahren im Umgang mit geriatrischen Patienten/Rehabilitanden.  <b>Sofern der Mitarbeiter nicht die geforderte Berufserfahrung von mind. zwei Jahren nachweisen kann, muss diese Person über eine geriatrie-spezifische Fortbildung verfügen.</b>		
	y)	Im psychologischen Dienst verfügen mind. 50 % der im multiprofessionellen Team der Geriatrie eingesetzten Mitarbeiter (bezogen auf Vollzeitbeschäftigte) über geriatrierelevante Fort- bzw. Weiterbildungen im Umfang von mind. 40 Unterrichtseinheiten.	Geriatrerelevante Fort- und Weiterbildungen für den psychologischen Dienst sind insbesondere Zercur Geriatrie®-Basislehrgang sowie u. a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesprächsführung (u. a. supportive Gesprächstechniken) als Grundlage für Krankheitsbewältigung, Angehörigenarbeit/-beratung, Krisenintervention</li> <li>• neuropsychologische Diagnostik und Therapie</li> <li>• psychotherapeutische Techniken</li> <li>• Entwicklungspsychologie des Alters</li> <li>• spezielle Kenntnisse in Diagnostik und Therapie bei Demenzerkrankungen</li> <li>• Entspannungstherapien</li> <li>• Palliative Care</li> <li>• Gesprächstheorie</li> </ul>	
	z)	Mind. ein Mitarbeiter des Sozialdienstes verfügt über eine vollzeitige Berufserfahrung von mind. zwei Jahren (davon mindestens ein Jahr) im Umgang mit Patienten/ Rehabilitanden.		
	aa)	Im Sozialdienst verfügen mind. 50 % der im multiprofessionellen Team der Geriatrie eingesetzten Mitarbeiter (bezogen auf Vollzeitbeschäftigte) über geriatrierelevante Fort- bzw. Weiterbildungen im Umfang von mind. 40 Unterrichtseinheiten.	Geriatrerelevante Fort- und Weiterbildungen für den Sozialdienst sind insbesondere Zercur Geriatrie®-Basislehrgang sowie u. a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikation mit geriatrischen Patienten/ Angehörigen</li> <li>• geriatrisches Casemanagement</li> <li>• geriatrerelevante Versorgungsstrukturen</li> </ul>	
<b>2</b>		<b>Prozessqualität</b>		
<b>2.1</b>		<b>Personal(bedarfs)planung und -einsatz</b>		
	a)	Die geriatriespezifische Einrichtung erfüllt die jeweils gültigen <b>verbindlichen Personalvorgaben des Bundesverbandes Geriatrie (Personalkennzahlen sind auf der Homepage des BV Geriatrie abrufbar)</b> .		

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
	b)	Der Personalbedarf wird systematisch ermittelt und an die zu erbringenden Leistungen angepasst.		4.1.3
	c)	Der Stellenplan in der Geriatrie liegt vor, <b>der als Grundlage für Personalbedarfsdeckung und Personalentwicklung dient.</b>		
	d)	Es existieren Stellen- oder Aufgabenbeschreibungen für alle qualitätsrelevanten Aufgaben/Funktionen in der Geriatrie, in denen die Anforderungen <b>hinsichtlich Aufgaben, Rechte und Verantwortlichkeiten</b> transparent dargestellt und die Befugnisse klar geregelt sind.		5.1.2 5.1.1
<b>2.1.1</b>		<b>Einarbeitung neuer Mitarbeiter</b>		
	a)	Schriftlich ausgearbeitete Regelungen zur systematischen Einarbeitung neuer Mitarbeiter <b>in die geriatriespezifische Einheit</b> liegen vor.	z. B. Einarbeitungskonzepte, -programme, Einweisungs- und Einarbeitungschecklisten	12.5
	b)	Berücksichtigen die Regelungen mind. folgende Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einarbeitung anhand einer strukturierten Vorgabe zu Inhalten und Dauer</li> <li>• Feedback-Gespräch am Ende der Einarbeitung</li> <li>• Nachweisführung der Einarbeitung (z. B. Checkliste).</li> </ul>		
	c)	Bei der Einarbeitung werden berufsgruppen- und abteilungsübergreifende Aspekte berücksichtigt.		
	d)	Während der Zeit der Einarbeitung steht den Mitarbeitern ein fester Ansprechpartner zur Verfügung.		
<b>2.1.2</b>		<b>Fort- und Weiterbildung / Personalentwicklung</b>		
	a)	Es gibt ein schriftlich fixiertes geriatriespezifisches Fort- und Weiterbildungskonzept für multiprofessionelle Teams der Geriatrie.	Entsprechende Nachweise sind z. B. Einarbeitungs- und Qualifizierungsprogramme, Schulungspläne, Seminarurteile, Teilnehmerlisten. Die Pflichtschulungen (z. B. durch den Gesetzgeber gefordert) sind ein Bestandteil der Fort- bzw. Weiterbildung.	12.6
	b)	Berücksichtigt das Konzept mind. folgende Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berücksichtigung der kurz-, mittel- und langfristigen Ziele der Personalentwicklung</li> <li>• Beteiligung der Mitarbeiter an der Planung ihrer individuellen Weiterqualifizierung</li> <li>• Auswahl, Planung und Realisierung von Maßnahmen</li> <li>• Es gibt Festlegungen, in welcher Form und Häufigkeit interne Teamfortbildungen durchgeführt werden.</li> <li>• Jahresprogramm mit internen und externen Fort- und Weiterbildungen</li> <li>• Bereiche Gerontopsychiatrie und Demenz werden im FuWB-Konzept berücksichtigt Dokumentation der Maßnahmen und der Teilnehmer (deren Qualifikationen)</li> </ul>		12.6

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
	c)	Den Mitarbeitern werden aktuelle Fachliteratur, Fachzeitschriften und Programme über Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt.		12.6
	d)	Regelmäßig (mindestens einmal jährlich) wird der Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter erhoben.		12.6
	e)	Innerhalb des multiprofessionellen Teams der Geriatrie finden regelmäßig (mind. 9-mal im Jahr) berufsgruppenübergreifende Fortbildungen statt.  <b>Einzeltermin muss mind. 30 Min. umfassen, Pflichtunterweisungen zählen nicht dazu. Interne Supervisionen und Teambesprechungen werden bei den zu leistenden Fort- und Weiterbildungen nicht berücksichtigt.</b>		12.3
<b>2.1.3</b>		<b>Wissenssicherung und -weitergabe</b>		
	a)	<p>Ein strukturiertes Verfahren zum Erhalt, zur Weitergabe und Entwicklung von Fach- und Erfahrungswissen zur Sicherstellung der Versorgungsqualität und zur Förderung einer lernenden Organisation liegt vor.</p> <p>Zu berücksichtigen sind z. B. folgende Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einarbeitung und Wissensweitergabe</li> <li>• Interdisziplinärer Wissenstransfer</li> <li>• Fehler- und Lernkultur</li> <li>• Dokumentation und Zugriff</li> <li>• Beteiligung und Entwicklung</li> </ul>		12.7
<b>2.2</b>		<b>Prozesse der Leistungserbringung</b>		
	a)	Die Versorgungsprozesse der Patienten/ Rehabilitanden erfolgt auf Basis des Rehabilitationskonzeptes.		6.4
	b)	Der (klinische) Behandlungsablauf orientiert sich an evidenzbasierten geriatriespezifischen Leitlinien oder hausinternen Behandlungsrichtlinien.		5.2.4
	c)	Die geriatriespezifische Einheit weist ein internes Schnittstellenmanagement nach, dass die Zusammenarbeit zwischen <b>der Geriatrie und anderen Abteilungen</b> sowie Funktionsbereichen usw. der Einrichtung regelt.		5.2.3 6.6
	d)	Es ist sichergestellt, dass <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine zeitnahe, lückenlose und nachvollziehbare Dokumentation der Leistungserbringung erfolgt,</li> </ul>		5.2.5
	e)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• im Falle von Änderungen der Anforderungen zur Leistungserbringung dokumentierte Informationen angepasst und die einzelnen Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams auf diese Veränderungen hingewiesen werden.</li> </ul>		6.4
<b>2.2.1</b>		<b>Rehabilitandenbezogene Prozesse</b>		
<b>2.2.1.1</b>		<b>Aufnahme</b>		
	a)	Der Ablauf des administrativen Aufnahmeprozesses ist festgelegt und wird einheitlich durchgeführt.		5.2.1

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
	b)	Die Rehabilitanden und ggf. <b>sofern rechtlich zulässig, deren Angehörige / Dritte</b> werden über: • die Inhalte des Behandlungsvertrages, • die angebotenen (Wahl-)Leistungen rechtzeitig, d. h. regelhaft vor Beginn der Behandlung und ausreichend informiert		6.1
	c)	Es ist sichergestellt, dass alle Mitarbeiter des multiprofessionellen Teams in der Geriatrie und ggf. andere Beteiligte rechtzeitig über Neuaufnahmen informiert sind.		5.2.3
<b>2.2.1.2</b>		<b>Ersteinschätzung bei Aufnahme</b>		
	a)	Es gibt Regelungen zum Aufnahmeprozess bezüglich des Ablaufs, Zeitzielen und Dokumentation der medizinisch-ärztlichen Anamnese und Pflegeanamnese.		5.2.1
	b)	Patientenverfügungen, Betreuungsverfügungen, rechtlicher Betreuer und Vorsorgevollmachten werden standardisiert erfasst, dokumentiert und <b>sind den Mitarbeitern bekannt und werden bei Bedarf von diesen umgesetzt</b> .		6.2
	c)	Es ist gewährleistet, dass die Rehabilitanden und/oder ihre Angehörigen vor Beginn der Behandlung über die Möglichkeit der Begleitung (z. B. Seelsorge, psychologische, psychosoziale Begleitung) informiert werden.		6.1
	d)	Es ist gewährleistet, dass die Erwartungen und Wünsche des Rehabilitanden bzw. von dessen Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern, an die Versorgung (nach medizinischen, pflegerischen und Unterbringungsgesichtspunkten) so weit wie möglich Berücksichtigung finden.		6.2
	e)	Zum Zeitpunkt der Aufnahme wird das multidimensionale (funktionelle und standardisierte) geriatrische Assessment eingesetzt, das folgende Bereiche enthält: • medizinischer Status • Pflegeanamnese • Dekubitusrisikoeinschätzung ggf. Dekubituserfassung • körperliches Befinden/Wunden • Mobilität • Sturzrisikoscreening • Selbsthilfefähigkeit • kognitiver Status • psychisches Befinden (Affekt) • soziolökonomischer Status		8.1
	f)	Darüber hinaus werden bei Bedarf zusätzliche Assessments eingesetzt für: • Schmerz • Ernährung • Kontinenz • Dysphagie • Delir		8.1

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
	g)	Die Hilfsmittelversorgung erfolgt in der geriatriespezifischen Einheit binnen 24 Stunden nach Aufnahme.		
<b>2.2.1.3</b>		<b>Diagnostik</b>		
	a)	Nach dem Aufnahmeprozess inkl. Assessment wird sofern erforderlich ein weiterführendes Assessment/eine Diagnostik eingeleitet.		5.2.1 8.1
	b)	Es ist gewährleistet, dass die Anforderung von diagnostischen Untersuchungen und Maßnahmen strukturiert/standardisiert erfolgt.		
	c)	Falls erforderlich, werden den Untersuchenden (z. B. Radiologen, Pathologen, Laborärzten) alle zur Diagnostik erforderlichen klinischen Daten zeitnah übermittelt.		
<b>2.2.1.4</b>		<b>Therapie</b>		
	a)	Sofern therapeutische Leistungen durch Kooperationspartner und nicht durch einrichtungsinterne Therapieabteilungen erbracht werden, ist sichergestellt, dass die jeweiligen Anforderungen des Qualitätssiegels Geriatrie <b>an die persönlichen Qualifikationen der eingesetzten Therapeuten</b> erfüllt sind.	U. a. sind die im Kap. 1.2.4 des Grundmoduls geforderten Fort- und Weiterbildungen nachzuweisen.	5.2.1
	b)	Es ist gewährleistet, dass <ul style="list-style-type: none"> <li>die Anforderungen von therapeutischen Leistungen strukturiert/standardisiert erfolgen,</li> <li>den Beteiligten, wo erforderlich, alle zur Therapie notwendigen klinischen Daten zeitnah übermittelt (Belastbarkeit etc.) werden.</li> </ul>		
<b>2.2.2</b>		<b>Kommunikation mit Rehabilitanden</b>		
<b>2.2.2.1</b>		<b>Information und Aufklärung von Rehabilitanden und ggf. Angehörigen sowie Integration in den Rehabilitationsprozess</b>		
	a)	Eine umfassende medizinische Aufklärung der Rehabilitanden vor Untersuchungen und Rehabilitationsmaßnahmen ist sichergestellt. Dabei werden die Präferenzen der Rehabilitanden und ggf. ihrer Angehörigen erhoben, dokumentiert und soweit möglich, in der klinischen/rehabilitativen Behandlung berücksichtigt.		6.1 6.2 6.4
	b)	Die Aufklärung durch den Arzt erfolgt in einem patientenindividuellen Arzt-Patienten-Gespräch.		6.1
	c)	Der Umgang mit und insbesondere die Aufklärung und Einwilligung eines nicht einwilligungsfähigen Rehabilitanden sind geregelt.		
	d)	Bei der Festlegung des Rehabilitationsplans ist gewährleistet, dass die geriatriespezifische komplexen Bedarfe (Gleichzeitigkeit von körperlichen, psychischen, mentalen und geistigen Beeinträchtigungen), Ressourcen, Präferenzen und Wünsche der Rehabilitanden berücksichtigt werden.		6.2

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
	e)	Es ist gewährleistet, dass der Rehabilitand und je nach Grad seiner Beeinträchtigungen <b>- sofern rechtlich zulässig - dessen Angehörigen / Dritte</b> über wesentliche durchzuführende Behandlungsschritte und durchzuführende Maßnahmen zeitnah informiert werden und mitentscheiden können.		6.1
	f)	Die sprachlichen, kulturellen und religiösen Besonderheiten der Rehabilitanden werden berücksichtigt (z. B. fremdsprachige Informationsbögen, Umgang mit religiös begründeten Rehabilitandenwünschen, u. a.).		6.2
	g)	<b>Gesundheitsbedingte Kommunikationsprobleme des kommunikationsgestörten und kognitiv eingeschränkten Rehabilitanden</b> unter Wahrung seiner Kompetenz werden berücksichtigt.		6.2
	h)	Die Rehabilitanden und ggf. deren Angehörige werden angemessen über die Versorgungsabläufe und Besuchsmöglichkeiten informiert.		6.1
	i)	Eine angemessene Information des Rehabilitanden zu diagnostischen Ergebnissen sowie zum Verlauf und zur Prognose ist sichergestellt. Bei dieser Aufklärung werden auch psychosoziale Fragen angesprochen.		6.1
	j)	<b>Eine Angehörigensprechstunde mit ärztlicher Leitung oder Stellvertretung wird angeboten.</b>		6.4
	k)	Informationen zu Selbsthilfeorganisationen und Beratungsstellen werden vorgehalten.		6.4
<b>2.2.3</b>		<b>Rehabilitationsprozess</b>		
<b>2.2.3.1</b>		<b>Planung und Festlegung des Rehabilitationsprozesses</b>		
	a)	Durch eine geeignete Systematik wird der Rehabilitationsprozess jedes Rehabilitanden gesteuert.		5.2.1
	b)	Bei der Planung des Rehabilitationsprozesses für den Rehabilitanden werden folgende Aspekte berücksichtigt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Festlegung der Verantwortlichkeit für den Rehabilitationsprozess</b> erfolgt innerhalb der ersten 24 Stunden.</li> <li>• <b>Festlegung des individuellen Reha-Planes und der individuellen Reha-Ziele</b>, welche in der wöchentlichen Teambesprechungen überprüft und ggf. angepasst werden müssen</li> <li>• Rehabilitationsbezogene diagnostische Maßnahmen</li> <li>• Sozialanamnese</li> <li>• <b>Rehabilitativ-therapeutische Maßnahmen müssen innerhalb von 24 Stunden eingeleitet werden</b></li> <li>• pflegerische Maßnahmen (Pflegeziele, Pflegebedarf, Pflegemaßnahmen)</li> <li>• <b>Informationsvermittlung / bedarfsbezogene Schulungen</b></li> </ul>		5.2.4

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überprüfung bzw. Messung der Reha-Zielerreichung</li> <li>• Entlassprozess</li> </ul>		
	c)	Mit Hilfe des Assessments ist ein Rehabilitationsplan mit Rehabilitationsziel in Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden und ggf. Angehörigen durch das multiprofessionelle Team der Geriatrie erstellt und evaluiert.		6.5
	d)	Es besteht eine Regelung zur Festlegung, Anpassung bzw. Aktualisierung der Rehabilitationsziele bzw. der Rehabilitationsplanung.	z. B. Teambesprechungsprotokoll, interdisziplinäres Verlaufsdocumentation	
<b>2.2.3.2</b>		<b>Umfassende Behandlung des Rehabilitanden</b>		
	a)	<b>Geriatriespezifische Leitlinien sind den Mitarbeitenden des Teams der Geriatrie bekannt. Eine Regelung zum Umgang mit nicht geriatriespezifischen Leitlinien ist schriftlich niedergelegt.</b>		
	b)	Die geriatrisch-medizinische Behandlung-/Rehabilitationsprozess orientiert sich an schriftlich niedergelegten Behandlungsvorgaben (z. B. Standard Operating Procedure (SOP) oder klinische Pfade, Standards, Verfahrensanweisungen, Ablaufbeschreibungen).		5.2.4
	c)	Es ist sichergestellt, dass über den geriatrischen Facharztstandard hinaus, durch den Erhalt von Konsiliarleistungen und/oder konsiliarische Mitbehandlung und/oder Akutbehandlung von Komplikationen, der Facharztstandard rund um die Uhr (ggf. in Kooperation) gewährleistet ist.		6.6
	d)	Der Rehabilitationsprozess wird berufsgruppenübergreifend und ICF-orientiert festgelegt.		3.4
	e)	Eine zeitnahe Festlegung des Rehabilitationsprozesses ist gewährleistet.		
	f)	Beratungen sowie Schulungsmaßnahmen / Seminare für Rehabilitanden und Angehörige werden bedarfsgerecht sowie strukturiert angeboten.		6.1
	g)	Es ist sichergestellt, dass das Pflegefachpersonal den Rehabilitanden und dessen Angehörige hinsichtlich einer Selbstständigkeit fördernden Pflege anleitet.		6.2
	h)	<p>Sofern es erforderlich ist, wird eine leitlinienbasierte Schmerztherapie (z. B. durch eine Anästhesie-Ambulanz oder einen interdisziplinären Schmerzdienst) gewährleistet, die sicherstellt, dass ggf.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine adäquate Schmerzerfassung und -therapie</li> <li>• eine adäquate Symptomerfassung sowie eine symptomorientierte Behandlung</li> </ul> <p>auch bei kommunikationsgestörten und kognitiv eingeschränkten Rehabilitanden (z. B. mittels einer Handlungsanweisung) erfolgt.</p>		

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
	i)	Es gibt ein Konzept/ <b>SOP</b> für den Umgang mit Menschen mit Demenz/mit kognitiv eingeschränkten Menschen.		
	j)	Spezifische Maßnahmen für Rehabilitanden mit Demenz/kognitiven Einschränkungen sind geregelt und werden umgesetzt.	z. B. Einzelzimmer bei sehr unruhigen Patienten, demenzspezifische Therapien	
	k)	<p>Konzepte/<b>SOP</b> zu geriatriespezifischen Symptomen, z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zur Sturzprophylaxe</li> <li>• zum Delir</li> <li>• zum Ernährungsmangel</li> <li>• zur Multimedikation</li> <li>• zur Harninkontinenz</li> </ul> <p>liegen vor und sind jedem Mitarbeiter des multiprofessionellen Teams bekannt.</p> <p>Konzepte/SOP müssen u. a. Ausführungen zu spezifischen Kompetenzen beinhalten sowie Bezug nehmen auf ggf. bestehende Expertenstandards in der Pflege bzw. entsprechende Leitlinien.</p>		
	l)	Bei Bedarf werden regelhaft Wundmanager, Kontinenzberater, Stomatherapeuten hinzugezogen.		
<b>2.2.3.2.1</b>		<b>Berufsgruppenübergreifende Anforderungen</b>		
	a)	<p>Die folgenden Aufgaben werden durch das multiprofessionelle Team der Geriatrie erfüllt und sind durch folgende bzw. entsprechende Dokumentationen nachzuweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• geriatrisches Assessment zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung</li> <li>• Teambesprechungen</li> <li>• diagnostische Maßnahmen (insbesondere bei geriatrischen Symptomen)</li> <li>• Verhalten im Notfall</li> <li>• Angehörigenarbeit (Anleitung, Beratung, Schulung)</li> <li>• <b>Einleitung der Hilfsmittelversorgung</b></li> <li>• Entlassmanagement</li> <li>• ethische Fallbesprechungen</li> <li>• einheitliche Befundung/Dokumentation des Dekubitus</li> </ul>		9.1 12.2 6.1
<b>2.2.3.2.2</b>		<b>Ärztlicher Dienst</b>		
	a)	<p>Die folgenden Aufgaben werden multiprofessionell unter Führung des Arztes durch das Team erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medizinische Diagnostik und Therapie des Rehabilitanden (somatische, psychische und soziale Komponenten)</li> <li>• Überwachung und Koordinierung des geriatrischen Assessments</li> <li>• (früh-)rehabilitative Beurteilung</li> <li>• Verordnung der diagnostischen, therapeutischen und frührehabilitativen Maßnahmen sowie deren Überwachung</li> <li>• Einleitung der Nachsorge</li> </ul>		9.1 6.6 5.1.1

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Verantwortung für die Diagnostik, Therapie, den (Früh-)rehabilitations-prozess und die Entlassungsvorbereitung</li> </ul>		
<b>2.2.3.2.3</b>		<b>Pflegerischer Dienst</b>		
	a)	<p>Die pflegerische Arbeit orientiert sich an denen für die Geriatrie relevanten Erkenntnissen aus den Expertenstandards in der Pflege.</p>		5.2.4
	b)	<p>Die folgenden Aufgaben werden innerhalb des multiprofessionellen Teams der Geriatrie erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pflege auf Grundlage eines einrichtungsbezogenen Pflegekonzeptes unter Berücksichtigung des Konzeptes der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie (ATP-G) sowie weiterer geeigneter Pflegekonzepte (z. B. Integrative Validation)</li> </ul>		
	c)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Beziehung zwischen dem Rehabilitanden, allen anderen diagnostischen sowie therapeutischen Diensten und Angehörigen wird regelhaft unterstützt.</li> </ul>		5.2.3 6.4
<b>2.2.3.2.4</b>		<b>Physiotherapie/Physikalische Therapie</b>		
	a)	<p>Die folgenden Angebote/Therapien innerhalb des multiprofessionellen Teams der Geriatrie werden vorgehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mobilisation des Rehabilitanden</li> <li>schmerzlindernde Maßnahmen</li> <li>Kontrakturprophylaxe und -behandlung</li> <li>Tonusregulierung</li> <li>Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster</li> <li>funktionelles Training</li> <li>Gleichgewichtsschulung</li> <li>Anleitung zur Eigentherapie</li> <li>gerätegestützte Therapie</li> <li>Massage inkl. Spezialformen</li> <li>Elektrotherapie</li> <li>Thermotherapie</li> </ul>		
<b>2.2.3.2.5</b>		<b>Ergotherapie</b>		
	a)	<p>Die folgenden Angebote/Therapien innerhalb des multiprofessionellen Teams der Geriatrie werden vorgehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Training der Aktivitäten des täglichen Lebens</li> <li>funktionelle Therapie</li> <li>Gleichgewichtsschulung</li> <li>Tonusregulierung</li> <li>Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster</li> <li>neuropsychologisches Assessment</li> <li>Therapie bei sensomotorischperzeptiven Störungen</li> <li>Therapie bei motorischfunktionellen Störungen</li> <li>Beratung zur Wohnungsadaption</li> <li>Anleitung zur Eigentherapie</li> <li>Herstellung und Anpassung ergotherapeutisch temporärer Schienen</li> <li>Hirnleistungstraining</li> <li>Mobilisation der Rehabilitander</li> <li>ggf. Hausbesuche</li> </ul>		

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilfsmittelerprobung, -anpassung und -beschaffung</li> </ul>		
<b>2.2.3.2.6</b>		<b>Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluck-therapie</b>		
	a)	<p>Die folgenden Angebote/Therapien innerhalb des multiprofessionellen Teams der Geriatrie werden vorgehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostik und Therapie erworbener Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen wie Aphasien, Dysarthrien, Sprechapraxien und Dysphonien</li> <li>• Diagnostik und Behandlung von Kau- und Schluckstörungen</li> <li>• videoendoskopische Dysphagiebefundung (auch in Kooperation möglich)</li> <li>• Empfehlung von Kostformen</li> <li>• Anleitung der Angehörigen und des Teams</li> </ul>		6.1
<b>2.2.3.2.7</b>		<b>Sozialdienst</b>		
	a)	<p>Die folgenden Angebote innerhalb des multiprofessionellen Teams der Geriatrie werden vorgehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabilitanden- und Angehörigenberatung</li> <li>• Entlassungsvorbereitung</li> <li>• Beratung und Vermittlung häuslicher Hilfen</li> <li>• ggf. Beratung und Vermittlung zu Pflegeeinrichtungen</li> <li>• Beratung über sozialrechtliche Ansprüche und Voraussetzungen</li> <li>• Antragstellungen (z. B. Pflegeversicherung)</li> <li>• Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und sozialen Versorgungssystems</li> <li>• Vermittlung und Information von bzw. über Selbsthilfegruppen</li> <li>• ggf. Kostenregelungen</li> </ul>		6.6
<b>2.2.3.2.8</b>		<b>Psychologischer Dienst</b>		
	a)	<p>Die folgenden Angebote/Therapien innerhalb des multiprofessionellen Teams der Geriatrie vorgehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• neuropsychologische Diagnostik (vorwiegend mit psychometrischen Testverfahren) der Bereiche Aufmerksamkeit/Gedächtnis, Konzentration, Raumverarbeitung, Praxis, Problemlösungsfähigkeit, Planungsvermögen, Affekt und Verhalten</li> <li>• (neuro-) psychologische Therapie (therapeuten- und computergestützt)</li> <li>• klinisch-psychologische Interventionen</li> <li>• <b>Unterstützung bei Verarbeitungsprozessen</b></li> <li>• Beratungsgespräche mit Angehörigen</li> <li>• Entspannungstraining</li> <li>• Sterbebegleitung</li> <li>• Krisenintervention</li> </ul>		6.1
<b>2.2.3.2.9</b>		<b>Seelsorge</b>		
	a)	Auf Wunsch des Rehabilitanden werden vom multiprofessionellen Team der Geriatrie Aktivitäten der Seelsorge initiiert.		6.2

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
<b>2.2.3.2.10</b>		<b>Ernährungsberatung</b>		
	a)	Die folgenden Aufgaben erfüllen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulung in Ernährungsfragen für Rehabilitanden und Angehörige</li> <li>• Beratung im Sinne von Prävention</li> <li>• Beratung bei Sonderkostformen, z. B. auf Grund von Schluckstörungen</li> <li>• Sicherstellung eines bedarfsgerechten Ernährungsangebotes für Patienten</li> <li>• Ernährungsprotokoll/Trinkprotokoll</li> <li>• Unterweisung im Umgang mit Hilfsmitteln (z. B. PEG)</li> </ul>		6.1
<b>2.2.3.3</b>		<b>Visiten</b>		
	a)	Mind. einmal wöchentlich findet eine CA- oder OA-Visite mit weiteren Mitgliedern des multiprofessionellen Teams der Geriatrie statt.		
	b)	Für jeden Rehabilitanden findet eine regelmäßige ärztliche Visite (insgesamt mindestens 3 x wöchentlich, inklusive CA- oder OA-Visite) statt.		
	c)	Bei Bedarf erfolgt eine tägliche Ansprechbarkeit des Arztes für die persönliche Konsultation.		
	d)	Eine fachärztliche Supervision findet regelmäßig statt, wenn die ärztliche Visite durch einen Arzt in Weiterbildung/Assistenzarzt erfolgt.		
	e)	Die ärztliche Visite erfolgt gemeinsam mit dem Pflegedienst.		
	f)	Pflegevisiten finden regelmäßig statt.		
	g)	Beim Bedarf finden multiprofessionelle Wundvisiten gemeinsam mit Vertretern des ärztlichen und pflegerischen Dienstes statt.		
	h)	Die Ergebnisse der Visite werden dokumentiert.		
	i)	Mindestens einmal wöchentlich werden multiprofessionelle Teambesprechungen durchgeführt.		12.2
	j)	Vom therapeutischen Dienst nehmen in der Regel die Mitarbeiter teil, die an der Behandlung der betreffenden Rehabilitanden beteiligt sind oder es findet eine entsprechende Übergabe an den teilnehmenden Kollegen statt.		
	k)	Die Ergebnisse dieser Teambesprechungen werden dokumentiert und die weitere Behandlung wird daran ausgerichtet.		
<b>2.2.3.4</b>		<b>Entlassung und Verlegung</b>		
	a)	Eine strukturierte und an den Bedarf des geriatrischen Rehabilitanden angepasste Umsetzung des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement muss erfolgen.		5.2.1 5.2.3 6.6
<b>2.2.3.5</b>		<b>Umgang mit Sterben und Tod</b>		
	a)	Der Umgang mit Verstorbenen ist klar geregelt <b>und folgt dem Grundsatz der Würde, Dokumentation und</b>		5.2.1

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
		<b>rechtlichen Absicherung. Die landesrechtlichen Regelungen zur Leichenschau sind zu berücksichtigt.</b>		
	b)	Es besteht die Möglichkeit, Sterbende in Einzelzimmern unterzubringen und sie durch Angehörige kontinuierlich zu begleiten.		
	c)	Eine zeitnahe seelsorgerische/psychologische Betreuung von Sterbenden und deren Angehörigen steht zur Verfügung.		
	d)	Den Mitarbeitern des multiprofessionellen Teams der Geriatrie werden Angebote für Supervision/psychologische Betreuung zur Verfügung gestellt.		
<b>2.2.3.6</b>		<b>Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln</b>		
	a)	Eine medizinisch indizierte und rechtzeitige Versorgung mit Arzneimitteln wird sichergestellt.		5.2.1
	b)	Es bestehen verbindliche Regelungen zum Umgang mit Arzneimitteln.		
	c)	Die rechtzeitige Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Stützstrümpfe, Gehhilfen u. a.) ist während der gesamten Behandlung gewährleistet.		
	d)	<b>Vorgaben des Rahmenvertrages Entlassmanagement für Bereich Heil- und Hilfsmitteln werden berücksichtigt.</b>		
	e)	Eine bedarfsgerechte Hilfsmittelberatung ist hierbei sichergestellt.		
<b>2.2.3.7</b>		<b>Konsile</b>		
	a)	<b>Es ist sichergestellt, dass folgende Konsiliarleistungen organisiert werden können:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zahnarzt</li> <li>• Augenarzt</li> <li>• Gynäkologe</li> <li>• Urologe</li> <li>• Hals-Nasen-Ohren-Arzt</li> <li>• Onkologe</li> <li>• Neurologe/Psychiater</li> <li>• Dermatologe</li> <li>• Unfallchirurg / Orthopäde</li> </ul>	<b>auch mit externen Partnern möglich</b>	
	b)	Die Vorgaben für die Anforderung und Durchführung von Konsilen (z. B. hinsichtlich der Dringlichkeit) sind festgelegt und <b>strukturierte Vorlagen (z. B. Standardformular oder EDV-Tool)</b> zur Anforderung liegen vor.		
	c)	Die persönliche Erreichbarkeit des Konsilarztes für den Ansprechparten in der Geriatrie ist geregelt.		
<b>2.2.3.8</b>		<b>Dokumentation von Rehabilitandendaten</b>		
	a)	Es ist eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Rehabilitandendaten sichergestellt.		5.2.5
	b)	Alle relevanten Maßnahmen inkl. (funktioneller) Behandlungsverlauf der Rehabilitandenversorgung		

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
		werden in der Rehabilitandendokumentation festgehalten.		
	c)	Es gibt Dokumentationsvorgaben für den Umgang mit geriatriespezifischen Risiken.	z. B. Bewegungsplan, Ernährungsplan, Schutz weglaufgefährdeter Patienten, Sturzrisiko, Dekubitusrisiko	5.2.2
	d)	Es ist sichergestellt, dass Befunde wie z. B. Röntgen-, Labor-, Histologie-Befunde rechtzeitig dem betreuenden multiprofessionellen Team der Geriatrie vorliegen.		
	e)	Es ist sichergestellt, dass nachkommende Befunde/Berichte in die entsprechende Rehabilitandenakte eingeordnet werden.		5.2.5
	f)	Alle Assessments, Untersuchungsbefunde und Rehabilitationsergebnisse werden in die zentrale Rehabilitandendokumentation aufgenommen.		5.2.5
	g)	Es ist sichergestellt, dass alle an der unmittelbaren Behandlung des Rehabilitanden Beteiligten Einsicht in die zentrale Dokumentation der Patienten haben.		
	h)	Es wird auf eventuelle Fehler bzw. auf Unvollständigkeiten in der Dokumentation bzw. in den Akten angemessen reagiert. Es ist festgelegt, wer korrigiert und wer wen informiert.		11.3
<b>2.2.3.9</b>		<b>Eigentum der Rehabilitanden, Angehörigen oder Externen</b>		
	a)	Mit dem Eigentum der Rehabilitanden, Angehörigen oder Externen wird auf geeignete Weise umgegangen. Dabei werden, soweit relevant, auch Maßnahmen zu Kennzeichnung, Verifizierung und Schutz berücksichtigt.		6.2
	b)	Fälle von verlorengegangenem, beschädigtem oder unbrauchbar gewordenem Eigentum der Rehabilitanden, Angehörigen oder Externen werden dokumentiert und die Betroffenen werden unverzüglich darüber informiert.		
<b>2.2.3.10</b>		<b>Notfallmanagement</b>		
	a)	Ein Notfallmanagement für hausinterne medizinische Notfälle (inkl. innerklinische Notfalltransporte) ist implementiert. Dies umfasst u. A. ein „Erste-Hilfe-Plan“.		12.4
	b)	Es gibt eine standardisierte Notfallausrüstung auf den Stationen (z. B. Notfallkoffer, Defibrillator), in jeweils den baulichen Umständen der Einrichtung entsprechender Anzahl.		
	c)	Der Zugang zur Notfallmedikation ist sichergestellt.		
	d)	Die Mitarbeiter werden in der Bewältigung von Notfallsituationen regelmäßig geschult.		12.4
<b>2.2.4</b>		<b>Gewährleistung von Gewaltschutz</b>		
	a)	Die geriatriespezifische Einrichtung verfügt über ein schriftlich fixiertes Gewaltschutzkonzept, in dem folgende Aspekte zu berücksichtigen sind:		6.3

Kap.		Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maßnahmen zur Gewaltprävention</li> <li>• Vorgehen bei Verdachtsfällen und akuten Gewaltvorfällen</li> <li>• Benennung fester Ansprechpersonen</li> <li>• Einbindung in das Fort- und Weiterbildungs-konzept</li> <li>• regelmäßige Überprüfung und Aktualisierung</li> </ul>		
<b>2.2.5</b>		<b>Risiko- und Chancenmanagement</b>		
	a)	Eine verbindliche Verfahrensanweisung oder ein schriftliches Konzept zum Risiko- und Chancenmanagement - mit klar geregelten Zuständigkeiten - liege vor.		10.1 10.2
	b)	Risiken und Chancen werden systematisch erfasst, bewertet und das Register/Risikomatrix regelmäßig aktualisiert.		10.3
	c)	Ergebnisse der Risikobewertung fließen in Managementbewertung, Zielevereinbarungen und Maßnahmenpläne ein.		10.3
	d)	Rückmeldungen der Mitarbeitenden aller Berufsgruppen werden systematisch in das Risiko- und Chancenmanagement einbezogen.		10.4
	e)	Ggf. finden Schulungen statt, die das Risikobewusstsein und die Handlungskompetenz im Umgang mit Risiken und Chancen fördern.		
<b>3</b>		<b>Ergebnisqualität/Bewertung der Leistung</b>		
<b>3.1</b>		<b>Überwachung und Messung der Leistung</b>		
	a)	Die geriatriespezifische Einrichtung legt fest und arbeitet mit qualitätsorientierten Kennzahlen/ Merkmalen, die zur Überwachung, Messung, Analyse und Bewertung herangezogen werden. Hierzu sind dokumentierte Informationen erforderlich.		5.2.1 8.4 8.5
	b)	Die Merkmale der Leistungen bei der Aufnahme, während des Rehabilitationsprozesses und bei Entlassung der Rehabilitanden werden kontinuierlich überwacht und gemessen, um die Erfüllung der entsprechenden Anforderungen zu verifizieren. Dabei werden multidimensionale geriatrische Assessment-instrumente eingesetzt.	Typische Merkmale sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>• individuelle Reha- und Therapieziele</li> <li>• Anforderungen aus Leitlinien</li> <li>• Anforderungen der Leistungsträger</li> <li>• geriatrisches Assessment</li> </ul>	8.2 8.1
<b>3.2</b>		<b>Ergebnisqualität in der Behandlung von Rehabilitanden</b>		
	a)	Rehabilitationsergebnisse werden regelmäßig qualitätsbezogen ausgewertet und transparent nachgewiesen.		8.3
	b)	Auswertungsergebnisse werden regelmäßig in die Einrichtungsabläufe übernommen, wodurch eine strukturierte Anpassung der evaluierten Prozesse erfolgt.		8.10

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
<b>3.3</b>		<b>Umgang mit Fehlern</b>		
	a)	Ein Konzept zum Fehlermanagement und schriftliche Regelungen zum Umgang mit Fehlern liegen vor.		11.1
	b)	Die Erfassung der Fehler, die Einleitung von Sofortmaßnahmen, das Beheben, Sammeln, Auswerten, Bewerten und die Analyse der Fehlerursachen sind geregelt.		11.2
	c)	Dabei werden folgende Punkte berücksichtigt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verantwortlichkeiten und Befugnisse zum Umgang mit Fehlern</li> <li>• Erfassung und ggf. Kennzeichnung des Fehlers</li> <li>• Bewertung des Fehlers</li> <li>• Behebung bzw. Beseitigung des Fehlers</li> <li>• Einleitung geeigneter/angemessener Maßnahmen, wenn Fehler erst nach Abschluss der Leistungserbringung entdeckt werden</li> </ul>		11.3
	d)	Mitarbeiter werden hinsichtlich des Umgangs mit Fehlern geschult, um mögliche Fehler und Fehlerquellen zu erkennen und sie zu vermeiden.		11.4
<b>3.4</b>		<b>Korrekturmaßnahmen</b>		
	a)	Korrekturmaßnahmen werden systematisch durchgeführt und dabei folgende Aspekte berücksichtigt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlerbewertung (einschließlich Kundenbeschwerden)</li> <li>• Ermittlung der Ursachen von Fehlern</li> <li>• Beurteilung des Handlungsbedarfs zur Verhinderung des erneuten Auftretens von Fehlern</li> <li>• Chancen und Risiken in diesem Zusammenhang</li> <li>• Ermittlung und Verwirklichung der erforderlichen Maßnahmen</li> <li>• Dokumentation der Ergebnisse von ergriffenen Maßnahmen</li> <li>• Bewertung der Wirksamkeit der ergriffenen Korrekturmaßnahmen</li> </ul>	Auslöser für Korrekturmaßnahmen können sein: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlermeldungen</li> <li>• Beschwerden</li> <li>• Auditergebnisse</li> <li>• Prozessbewertungen</li> <li>• Managementbewertung</li> </ul> Korrekturmaßnahmen müssen den Auswirkungen der aufgetretenen Fehler angemessen sein. Eingeleitete Maßnahmen müssen verfolgt werden (z. B. über Maßnahmenpläne mit Angaben zu Verantwortungen und Terminen).	5.4.5 8.10 11.3 11.4
<b>3.5</b>		<b>Umgang mit Rückmeldungen</b>		
	a)	Die Leitung der geriatriespezifischen Einrichtung übernimmt die strategische Verantwortung für die Vorbereitung, Durchführung und Analyse von Befragungen/Rückmeldungen bezüglich der Qualität sowie deren regelmäßige Kommunikation innerhalb der Einrichtung und stellt die dafür erforderlichen finanziellen, personellen und sachlichen Ressourcen zur Verfügung.	z. B. durch Umfragen, durch Auswertung von Rückmeldungen und Beschwerden sowie durch Bewertung von geeigneten Kennzahlen	8.8
	b)	<b>Strukturierte</b> Rehabilitandenbefragungen bzw. ggf. Angehörigenbefragungen sowie Mitarbeiterbefragungen werden regelmäßig als Qualitätssicherungsinstrument durchgeführt.		8.7 5.5.3
	c)	Verbesserungsvorschläge aus Rückmeldungen werden systematisch erfasst, ausgewertet und im Rahmen der fortlaufenden Verbesserung berücksichtigt.		

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
	d)	Ein schriftliches Verfahren, einschließlich der Verantwortlichkeiten zum Beschwerdemanagement (Erfassung, Behebung und Bearbeitung), ist festgelegt.		9.1
	e)	Auf die Möglichkeit, Beschwerden zu äußern, wird hingewiesen.		
	f)	Beschwerden werden schriftlich erfasst und statistisch ausgewertet.		
	g)	Mitarbeiter werden für den Umgang mit Beschwerden geschult.		
	h)	Ursachen werden analysiert und geeignete Korrekturmaßnahmen werden eingeleitet.		9.2
<b>3.6</b>		<b>Datenanalyse</b>		
	a)	Unter Beachtung des Datenschutzes werden geeignete Daten ermittelt, erfasst und analysiert, um die Eignung und Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems zu beurteilen.		8.5
	b)	Beinhaltet die Datenanalyse Angaben zu folgenden Punkten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daten aus der Umsetzung einschlägiger gesetzlicher und behördlicher Forderungen</li> <li>• Prozess- und Leistungsmerkmale</li> <li>• rehabilitandenbezogener Einsatz von Assessments bei Aufnahme und Entlassung</li> <li>• Ermittlung der Rehabilitandenzufriedenheit</li> <li>• Rückmeldungen von Rehabilitanden, Angehörigen, Mitarbeitern, Leistungsträgern, Zuweisern etc.</li> <li>• qualitätsorientierte Kennzahlen (Ergebnisse aus Qualitätsszielen/Internen Qualitätszirkeln)</li> </ul>		8.4 8.2 8.1 8.8 8.5 8.9
	c)	Die Ergebnisse der Datenanalyse werden den berechtigten Adressaten in verständlicher Form zugänglich gemacht und als Grundlage <b>für die Ergebnisreflexion</b> und die fortlaufenden Verbesserungen herangezogen.		5.3.2 5.4.4
<b>3.7</b>		<b>Interne und externe Maßnahmen zur Qualitätssicherung</b>		
	a)	<b>Die Einrichtung führt regelmäßig (mindestens einmal jährlich) interne Audits gemäß dem QM-Plan durch. Folgende Aspekte werden berücksichtigt:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verantwortung und Qualifikation zur Planung und Durchführung des Audits</li> <li>• Führung von dokumentierten Informationen</li> <li>• Regelungen zum Umgang mit Ergebnissen der internen Audits</li> <li>• Korrekturmaßnahme</li> </ul>		5.4.1 5.4.2 5.4.3 5.4.4 5.4.5
	b)	Die Einrichtung nimmt an einer geriatriespezifischen, externen vergleichenden Qualitätssicherung oder an einem Benchmarking-Programm teil.	Z. B. Gemidas Pro®, länderspezifische Verfahren, QS-Reha®-Verfahren. Schriftliche Festlegungen zu den Ergebnisauswertungen.	7.1
	c)	Die geriatriespezifische Einrichtung beteiligt sich regelhaft am verbandseigenen Geriatrie-Register des		

<b>Kap.</b>		<b>Anforderungskriterien</b>	<b>Hinweise</b>	<b>BAR</b>
		Bundesverbandes Geriatrie (Teilnahme nach Einführung des Registers <b>2027</b> ).		
	d)	Ein Verfahren zum systematischen Umgang mit den Ergebnissen aus der externen und internen Qualitätssicherung ist festgelegt.	<p>Beispiele für Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswertungen zu Fehlern und Beschwerden</li> <li>• regelmäßige oder problemorientierte Qualitätszirkel</li> <li>• Assessments</li> <li>• Erreichung von Behandlungs- und Therapiezielen</li> <li>• Umsetzung der Anforderungen der Leistungsträger</li> </ul>	7.3 8.9 8.1 8.3
	e)	<b>Schriftliche Festlegungen zu den Ergebnisauswertungen und den gezogenen Konsequenzen sind dokumentiert.</b>		7.2
<b>3.8</b>		<b>Ergebnisreflexion</b>		
	a)	Die Geriatrieleitung leitet aus den Ergebnissen des internen Audits und der Ergebnismessung im Sinne einer jährlichen Ergebnisreflexion bzw. Managementbewertung Verbesserungsbedarfe ab und legt die Vorgehensweise fest.		5.3.1 5.4.4 8.6
	b)	<b>Bei der Ergebnisreflexion<sup>1</sup> werden folgende Eingaben berücksichtigt:</b>		5.3.1 8.2 8.8 7.4 5.3.3
<b>4</b>		<b>Verbesserung</b>		
	a)	Die geriatriespezifische Einrichtung berücksichtigt die Ergebnisse aus Analysen der internen Ergebnismessung, dem Risiko- und Beschwerde- management, der Teilnahme an internen und externen Qualitätssicherungsverfahren, der Ergebnisreflexion/Managementbewertung und leitet daraus Verbesserungsmaßnahmen ab, um eine fortlaufende Verbesserung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems zu erreichen.	Darstellung der abgeleiteten Verbesserungen ggf. in Form von Maßnahmenplänen.	8.10

<sup>1</sup> Eine starre Orientierung der Prüftiefe der Bewertung (im Sinne einer Managementbewertung oder Management Review) an den Vorgaben der ISO 9001- Normen wird nicht vorausgesetzt. Die Ergebnisreflexion in Sinne des Qualitätssiegels Geriatrie beschränkt sich dabei auf die klinischen Prozesse in der Geriatrie, in welcher den Inhalt der Auditcheckliste überprüft bzw. die Wirksamkeit des QM- Systems bewertet wird. Falls eine Managementbewertung durch eine zentrale Stelle erfolgt, soll die in den Hinweisen genannte Eingaben der Managementbewertung einen Geriatriebezug vorweisen.